

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE HOUSTON  
OFICINA DE SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL**

**ARD/IEP NOTIFICACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR Y RECIBIR INFORMACIÓN PARA ACCEDER A LOS REMBOLSOS MÉDICOS DE MEDICAID**

Nombre: _____	ID: _____	Fecha Nac: _____	Fecha de envío: _____
Discapacidad (es): _____	Grado: _____	Escuela: _____	Oficina: _____

El Programa de Educativo Individualizado (*Individualized Education Program, IEP*) de su hijo, incluye los servicios relacionados con la educación especial que proporciona el personal de Educación Especial del Distrito Escolar Independiente de Houston (HISD). Uno o más de los servicios escolares del IEP de su niño podría ser reembolsado por Medicaid a Houston ISD. El Medicaid es un seguro público donde el Distrito Escolar Independiente de Houston accede frecuentemente para ayudar para cubrir los costos que se requieren para proporcionar los servicios relacionados a educación especial.

Los cambios en las regulaciones federales (34 CFR § 300.154 (d) (2) (iv) (A) - (B)), requieren que Houston ISD (a) solicite su consentimiento una sola vez para intercambiar información para presentar proyectos de ley para los reembolsos de Medicaid y (b) informarle el motivo de por qué se solicita su consentimiento. La información que Houston ISD pueda divulgar podría incluir archivos o información acerca de los servicios relacionados con la salud que recibe su hijo. El propósito de la divulgación de Medicaid a los representantes estatal es y/o federales es para solicitar a Medicaid, el reembolso de los servicios relacionados con la salud que recibe su hijo en la escuela.

Houston ISD sólo necesita una sola vez este consentimiento, el distrito no necesitará cualquier otra autorización de los padres antes de acceder a los beneficios o seguro público de su hijo, independientemente si se hace cualquier cambio; como en la cantidad, costo de los servicios que se facturan a los beneficios o el seguro público (por ejemplo, Medicaid). Sin embargo, el Distrito Escolar Independiente de Houston anualmente le notificará por escrito que va a acceder a los beneficios o el seguro público de su hijo.

Es importante aclarar que los servicios de atención de salud elegibles para su hijo de Medicaid fuera del ámbito escolar no se limitan o reducen si otorga el consentimiento para que Houston ISD facture a Medicaid por los servicios relacionados con la escuela. Medicaid no tiene un límite de importe máximo de los servicios de por vida a los niños que son elegibles para un reembolso. Si el servicio que su niño recibe no es elegible para el reembolso, no se enviará la factura a Medicaid.

Houston ISD se asegura de que su hijo reciba los servicios especificados en el IEP sin costo alguno para usted, independientemente si autoriza que Houston ISD facture a Medicaid para el reembolso, sin embargo, su consentimiento será de gran ayuda al distrito para proporcionar la servicios de calidad a los niños que atiende. El dinero recaudado de Medicaid será utilizado para ampliar y mejorar los servicios médicos para los niños. Su consentimiento es voluntario y puede ser revocado en cualquier momento. En consecuencia, la revocación no es retroactiva y no niega los reembolsos que se hayan recibido antes de su revocación.

Favor de marcar el cuadro correspondiente a cada pregunta, anote su nombre, fecha y regrese el formulario a:

\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ tan pronto sea posible.  
Escuela/Personal del departamento Escuela/Departamento

- ☐ Sí ☐ No He sido informado y entiendo la divulgación de la información para el proceso de reembolso SHARS de Medicaid.
- ☐ Sí ☐ No Entiendo que mi consentimiento para la divulgación de la información para el proceso de reembolso SHARS de Medicaid es voluntario. Si decido revocar el permiso, la revocación no implicará la negación alguna acción que haya ocurrido después de haberse dado el consentimiento y antes de ser revocada.
- ☐ Sí ☐ No He sido informado en mi idioma nativo u otro modo de comunicación.
- ☐ Sí ☐ No Doy mi consentimiento para que Houston ISD divulgue la información acerca de los servicios relacionados con la salud que mi niño recibe en la escuela a otros y/o representantes federales de Medicaid con el fin de permitir que Houston ISD solicite el reembolso de Medicaid. Esta autorización será efectiva mientras dure el IEP actual de mi hijo.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE, ESTUDIANTE ADULTO, TUTOR OPADRE SUSTITUTO (marque uno)

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL INTÉRPRETE, SI APLICA

\_\_\_\_\_  
FECHA

**\*Si tiene preguntas o desea revocar este consentimiento, póngase en contacto con:**

\_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
Gerente de caso o Gerente del programa de Educación Especial Teléfono